

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA
INCONTINENCIA URINARIA, TOT VRS COLPORRAFIA ANTERIOR
CON O SIN PUNTO DE KELLY**

ASTRID SUCELLY MAYEN LEMUS
LUZ AURORA HERNANDEZ PUAC

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia
Febrero 2015



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

Las Doctoras:

Astrid Sucelly Mayes Lemus

Carné Universitario No.: 100021312

Luz Aurora Hernández Puac

Carné Universitario No.: 100021314

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestras en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "**Experiencia en el tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria, Tot Vrs. Colporrafia anterior con o sin punto de Kelly**".

Que fue asesorado: Dr. Erick Montenegro Pereira

Y revisado por: Dr. Jorge David Alvarado Andrade MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2015.

Guatemala, 26 de enero de 2015

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo



Guatemala, 03 de octubre de 2013

Doctor

Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Docente Responsable

Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable Doctor

Por este medio envío el informe final de tesis **"Experiencia en el Tratamiento Quirúrgico para Incontinencia Urinaria, TOT vs Colporrafia Anterior con o sin Punto de Kelly"** perteneciente a la **Dra. Luz Aurora Hernández Puac** y a la **Dra. Astrid Sucelly Mayen Lemus** el cual ha sido revisado y **APROBADO**.

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Erick Montenegro Pereira.

Ginecólogo y Obstetra.

Asesor de Tesis

Especialista A

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.



Guatemala, 03 de octubre de 2013

Doctor

Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Docente Responsable

Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable Doctor

Por este medio envío el informe final de tesis **“Experiencia en el Tratamiento Quirúrgico para Incontinencia Urinaria, TOT vrs Colporrafia Anterior con o sin Punto de Kelly”** perteneciente a la **Dra. Luz Aurora Hernández Puac** y a la **Astrid Sucelly Mayen Lemus** el cual ha sido revisado y **APROBADO**.

Sin otro particular, de usted deferentemente

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Jorge David Alvarado Andrade
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 11,112
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
Dr. Jorge David Alvarado Andrade.

Ginecólogo y Obstetra.

Revisor de Tesis

Especialista A

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

INDICE DE CONTENIDOS

Índice de Tablas	i
Resumen	ii
I Introducción	1
II Antecedentes	3
III Objetivos	28
IV Hipótesis	29
V Material y Métodos	30
VI Resultados	34
VII Discusión y Análisis	44
VIII Conclusiones y Recomendaciones	
8.1 Conclusiones	46
8.2 Recomendaciones	47
IX Referencias Bibliográficas	48
X Anexos	50

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	Edad de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria	34
Tabla No. 2	Paridad de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria	35
Tabla No. 3	Estado Hormonal de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria	35
Tabla No. 4	Uso de terapia de reemplazo hormonal en las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria	36
Tabla No.5	Tipo de incontinencia urinaria presentada en las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria	36
Tabla No.6	Frecuencia según el año de realización de la cirugía de pacientes tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria	37
Tabla No. 7	Tipo de cirugía realizada en pacientes tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria	37
Tabla No. 8	Pacientes que recibieron tratamiento coadyuvante previo al tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria	38
Tabla No. 9	Pacientes que realizaron ejercicios de Kegel previo al tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria	38
Tabla No. 10	Pacientes que presentaron incontinencia recidivante posterior Al tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria	39

Tabla No. 11 Tipo de incontinencia urinaria presentada posterior al tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria	39
Tabla No. 12 Tiempo de recurrencia en pacientes tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria	40
Tabla No. 13 Principales complicaciones presentadas en pacientes tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria	40
Tabla No. 14 Principales complicaciones asociadas al tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria	41
Tabla No. 15 Riesgo relativo de complicaciones en pacientes tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria con TOT	41
Tabla No. 16 Riesgo relativo de complicaciones en pacientes tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria con colporrafia anterior con o sin punto de Kelly	42
Tabla No. 17 Tipo de tratamiento ofrecido a las pacientes que tuvieron incontinencia urinaria recidivante	42
Tabla No. 18 Tipo de Cirugía e incontinencia recidivante	43
Tabla No. 19 Riesgo relativo de presentar incontinencia urinaria recidivante en las pacientes tratadas quirúrgicamente	43

RESUMEN

Introducción: Entre los tratamientos quirúrgicos para la incontinencia urinaria se describen las técnicas de colporrafia anterior y la de cinta suburetral transobturatriz (TOT). En nuestro hospital se realizan ambas técnicas; es necesario conocer los resultados de nuestra experiencia en pacientes tratadas con ambas y conocer sus complicaciones y recurrencias.

Métodos: Estudio analítico cohorte en el Hospital de Ginecología y Obstetricia; Instituto guatemalteco de seguridad social, la población es el total de pacientes sometidas cirugía correctiva de TOT y/o colporrafia anterior, durante el periodo comprendido en el año 2009-2010.

Resultados: 94 pacientes, con rango de edad de 46-55 años (39%), 62% con paridad de 3-5 partos, la premenopausia es el estado hormonal más frecuente (34%), el 82% de las pacientes no recibieron terapia de restitución hormonal, el 98% de las pacientes se les diagnosticó incontinencia urinaria de esfuerzo, la colporrafia anterior más punto de Kelly fue el procedimiento más utilizado en un 60 % y 36% TOT, 13% presentaron recidivas, siendo la colporrafia anterior la más frecuente, el mayor porcentaje se presentó de 0-12 meses, la complicación más frecuente fue la infección del tracto urinario.

Discusión; la incontinencia urinaria se dio entre los 45 y 55 años con mayor frecuencia, el factor más importante para presentar dicho diagnóstico fue la multiparidad y el estado hormonal, la colporrafia anterior más punto de Kelly, fue el procedimiento más frecuente y con mayor recidiva. La mayoría no realizó ejercicios de Kegel o tuvo tratamiento adyuvante.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, colporrafia, cinta suburetral transobturatriz

I. INTRODUCCION

La pérdida involuntaria de orina es un síntoma que puede tener muy distintas causas subyacentes, es un problema común y angustioso en quienes lo padecen. Puede proceder del desorden en las funciones del reservorio o vaciado vesical, problemas del esfínter uretral y mecanismo de salida, o ambos, la incontinencia urinaria (IU) afecta a la población a nivel mundial, comprometiendo más a la población femenina: una de cada cinco mujeres ya pasó por algún episodio.(1) En España la prevalencia de la Incontinencia Urinaria es de entre el 25 y el 45% en mujeres mayores de 20 años. La Incontinencia Urinaria es especialmente prevalente entre mujeres de 20 a 50 años. de los 2 millones de españolas que sufren incontinencia, sólo 500.000, el 25%, consultan al médico. La prevalencia de la Incontinencia Urinaria en los países occidentales es de 50 millones de personas, cifras que alcanza los 200 millones en todo el mundo. El gasto en absorbentes en España representó en el año 1996 el 3,2 por ciento del total de la prestación farmacéutica, porcentaje que se mantiene estable hasta la actualidad. En términos absolutos en 1997 el Sistema Nacional de Salud gastó en absorbentes 150 millones de euros, cantidad que en 2001 ha alcanzado los 210 millones de euros. (2) Un estudio reciente en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) llevado a cabo sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17.080 mujeres de más de 18 años demostró que 35% de ellas referían pérdidas involuntarias de orina en los 30 días previos. La tasa de prevalencia fue muy similar en todos los países (41 a 44%).(3)

En Guatemala un estudio realizado en el hospital San Juan de Dios en 2008 en donde se realizó una caracterización de pacientes con incontinencia urinaria se obtuvieron los siguientes datos: la edad promedio fue de 50.3 años. La incontinencia urinaria mixta fue la más frecuente (56.7%), seguida por la de esfuerzo (31.3%) y de urgencia (11.9%). (4)

Tras el parto la incontinencia afecta alrededor del 30% de las mujeres. Según los especialistas la cuarta parte de las mujeres, a lo largo de su vida, desarrolla algún cuadro de incontinencia, de manera que la prevalencia aumenta hasta alcanzar un máximo del 30 por ciento entre los 50 y 54 años, edad a la que se estabiliza para volver a subir a partir de los 70 años. (5)

En las mujeres, la IU puede darse con mayor frecuencia por: esfuerzos, es decir, al realizar fuerza en la región abdominal, estornudar, toser, reír o practicar deporte; en los casos de vejiga hiperactiva con incontinencia urgente, donde la persona siente una fuerte

e incontrolable necesidad de orinar, con gran probabilidad de salida involuntaria de orina; y la incontinencia mixta tiene como características la salida involuntaria de orina por esfuerzo y presenta síntomas de urgencia.

La incontinencia urinaria de esfuerzos es una patología frecuente en la mujer, con incidencias que fluctúan entre un 12 y 26% en las mayores de 40 años. Siendo las cifras de EEUU las más claras al respecto, donde la Incontinencia urinaria afecta aproximadamente a 13 millones de personas, con un alto costo para la sociedad. Afecta principalmente a las mujeres ya que 25-30% de las mujeres de 60 años o más padecen de incontinencia urinaria. Su manifestación puede ser diaria o semanalmente. (6)

Se han descrito un sin número de técnicas quirúrgicas útiles para corregir esta condición, sin embargo se ha publicado que la cinta suburetral por ambos agujeros obturadores (TOT) simplifica la técnica y se reducen las complicaciones, al igual que la reparación mediante colporrafia anterior aunque algunos autores la consideran una técnica para corregir la cistocele pero no para curar la incontinencia urinaria de esfuerzo, ciertos estudios han encontrado peores resultados después de la reparación anterior que tras los procedimientos de suspensión supra púlica, otros autores informan tasas de curación del 85 al 90% en pacientes con incontinencia de esfuerzo leve y moderada sin embargo existen complicaciones que han descrito como las recidivas por lo mismo es importante conocer cuáles son las más importantes debido a que la incontinencia urinaria es un problema que afecta a un gran porcentaje de pacientes y que las técnicas quirúrgicas para corregirlas les dan una efectiva solución, y un gran porcentaje obtiene buenos resultados. Por lo anterior se plantean las siguientes interrogantes

Cuál es la incidencia de recurrencias en pacientes que presentan incontinencia urinaria después de haber sido tratada con TOT y/o colporrafia anterior con o sin punto de Kelly en el hospital de ginecoobstetricia Instituto Guatemalteco de seguridad.

Cuál es la complicación más frecuente después del procedimiento quirúrgico

Cual fue el tipo de incontinencia más frecuente en las pacientes que presentaron recidivas.

Que pacientes recibieron tratamiento médico coadyuvante

II ANTECEDENTES

2.1 FISIOLÓGÍA DE LA MICCIÓN

La micción es una función del tracto urinario inferior mediante la cual se consigue el vaciado de la orina, cuando la vejiga ha llegado a su capacidad fisiológica y los condicionamientos sociales y el lugar son adecuados. En la micción hay dos fases claramente diferenciadas: la fase de llenado y la fase de vaciado vesical.(7)

La incontinencia urinaria consecuencia del fallo de la fase de llenado vesical, bien por causa uretral o por causa vesical. Para comprender las causas de la incontinencia es preciso esbozar cómo se realiza la micción.

La perfecta coordinación del detrusor (músculo de la vejiga) y la uretra y de sus respectivas «fuerzas» serán las responsables de la continencia. En la fase de llenado vesical la vejiga acomoda su tono al aumento continuo y paulatino de orina que le está llegando a través de los uréteres, actuando como una esfera hueca, de calidad elástica, de conducta pasiva y no consciente.(7)

La Uretra mantendrá cerrados sus mecanismos de cierre: cuello vesical (esfínter interno) esfínter estriado de la uretra (esfínter externo) y músculo liso de la uretra funcional. En la fase de llenado vesical, el individuo se libera de verter su orina durante un tiempo, que es dependiente del ritmo de la formación y evacuación de orina (diuresis) y de circunstancias sociales.

La diuresis depende de factores individuales, como son los hábitos de ingesta de líquido, el calor ambiental, el ritmo respiratorio y los ejercicios físicos. Igualmente, la capacidad vesical varía según los individuos, considerándose normal entre 350 y 500. El cuello vesical y el esfínter externo de la uretra permanecen cerrados durante la fase de llenado vesical, mientras que el detrusor se acomoda a su contenido sin que haya un incremento de presión significativo dentro de la vejiga por el llenado. Cuando la vejiga alcanza su capacidad fisiológica y el sujeto no tiene ningún impedimento social, el momento es adecuado para producirse la fase de vaciado vesical en la cual el esfínter externo se relaja voluntariamente, se abre la uretra y se contrae el detrusor al tiempo que se relaja el cuello vesical. (7)

2.2 INCONTINENCIA URINARIA

2.2.1 Definición

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable. También se puede decir que el escape involuntario de la orina a través de la uretra o la imposibilidad de retener la orina. (5). se puede manifestar en diferentes circunstancias, con varios niveles de severidad y en relación con etiologías distintas. (6)

2.2.2 Epidemiología

Las cifras de EEUU son las más claras al respecto, donde la incontinencia urinaria afecta aproximadamente a 13 millones de personas, con un alto costo para la sociedad. El año 1997, el tratamiento de la IU, en individuos sobre los 65 años, significó un gasto de U\$ 26,5 billones (1). Afecta principalmente a las mujeres ya que 25-30% de las mujeres de 60 años o más padecen de incontinencia urinaria. (5)

En España la prevalencia de la Incontinencia Urinaria es de entre el 25 y el 45% en mujeres mayores de 20 años. La Incontinencia Urinaria es especialmente prevalente entre mujeres de 20 a 50 años. Una de cada cinco mujeres padece en algún momento de su vida un episodio de incontinencia urinaria, 1% de las mujeres reconocen haber padecido alguna pérdida de orina, incidencia que se eleva considerablemente hasta los 55 años y que, a partir de esa edad, se sitúa entorno al 8%. De los 2 millones de españoles que sufren incontinencia, sólo 500.000, el 25%, consultan al médico. El principal motivo es la vergüenza y la falta de información sobre esta patología.(8)

La prevalencia de la Incontinencia Urinaria en los países occidentales es de 50 millones de personas, cifras que alcanza los 200 millones en todo el mundo. El gasto en absorbentes en España representó en el año 1996 el 3,2 por ciento del total de la prestación farmacéutica, porcentaje que se mantiene estable hasta la actualidad. En términos absolutos en 1997 el Sistema Nacional de Salud gastó en absorbentes 150 millones de euros, cantidad que en 2001 ha alcanzado los 210 millones de euros. (8)

Un estudio reciente en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) llevado a cabo sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17.080 mujeres de más de 18 años demostró que 35% de ellas referían pérdidas involuntarias de orina en los 30 días previos. La tasa de prevalencia fue muy similar en todos los países (41 a 44%).

En Guatemala un estudio realizado en el hospital San Juan de Dios en 2008 en donde se realizo una caracterización de pacientes con incontinencia urinaria se obtuvieron los siguientes datos: la edad promedio fue de 50.3 años. La incontinencia urinaria mixta fue la más frecuente (56.7%), seguida por la de esfuerzo (31.3%) y de urgencia (11.9%). (4)

Tras el parto la incontinencia afecta alrededor del 30% de las mujeres. Según los especialistas la cuarta parte de las mujeres, a lo largo de su vida, desarrolla algún cuadro de incontinencia, de manera que la prevalencia aumenta hasta alcanzar un máximo del 30% entre los 50 y 54 años, edad a la que se estabiliza para volver a subir a partir de los 70 años. (5)

2.2.3 Factores de riesgo

Existen varios estudios acerca de los factores de riesgo que pudieran incrementar el riesgo individual de desarrollar Incontinencia Urinaria.

Género

Varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años sólo dos veces más.(11)

Edad

Los cambios relacionados con la edad que pudieran contribuir al desarrollo de Incontinencia Urinaria son: disminución del tejido elástico, atrofia celular, degeneración nerviosa, reducción del tono del musculo liso, hipoestrogenismo, deterioro cognitivo, inmovilidad, perdida de capacidad de concentración renal, comorbilidad. (6,11)

Menopausia e hipoestrogenismo

La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. Estudios recientes, no obstante, no han demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad. (6,10)

Raza

Estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de Incontinencia Urinaria tres veces mayor que las mujeres de raza negra, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos.(6)

Peso

La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la Incontinencia Urinaria en mujeres mayores. Un índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia de IUE, así como con la severidad de la IU. Se conoce poco sobre la pérdida de peso como tratamiento de la IU.(6,11)

Paridad

El parto es un factor establecido de riesgo de Incontinencia Urinaria entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas. Sin embargo, el embarazo en sí mismo puede causar cambios mecánicos u hormonales que sean causa de IU (31-42% de las embarazadas tienen IUE y en 51% de ellas persiste algún grado de IU postparto). Por otro lado, recientemente se ha comprobado que las mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15,8%) tienen un riesgo mayor de IU que las nulíparas (prevalencia 10,1%), pero que el parto vaginal se asocia con el riesgo mayor (prevalencia 24,2%). Se han estudiado varios parámetros obstétricos que pueden contribuir a la aparición de IU. Entre los cuales destacan, los RN de peso 4.000 g o más se asociaron a cualquier tipo de IU; trastornos funcionales del parto con IU moderada o severa; la anestesia epidural y la circunferencia cefálica mayor de 38 cm con. (11)

Histerectomía

El impacto de la histerectomía en el desarrollo de la IUE no está demostrado. Un metaanálisis publicaba una asociación entre histerectomía e IU a largo plazo, es decir, muchos años tras la cirugía sobre todo en mujeres mayores de 60 años en las que el riesgo de IU se incrementaba hasta 60%. (6,11)

Factores uroginecológicos

Los prolapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, la debilidad de los músculos del suelo pelviano, la cirugía uroginecológica previa, el estreñimiento, las cistitis y otras

infecciones del tracto urinario son los factores uroginecológicos más importantes asociados a IU. (11)

Otros factores

Incluyendo cardiopatías, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, demencia, accidentes cerebrovasculares, varios fármacos, tabaquismo, abuso del alcohol, etc, se ha relacionado con IU. (5) Un estudio reciente ha encontrado una prevalencia de 71 y 24% de IU entre madres y hermanas de mujeres operadas por IU, frente a 40 y 11% de madres y hermanas de mujeres no operadas. (6)

2.2.4 Etiopatogenia

Los factores etiológicos pueden ser variados dependiendo de la Condiciones que causan incontinencia urinaria, lo cual además da la pauta principal para el tratamiento posteriormente a elegir, por lo que es importante definir la condición causante que además nos servirá para su clasificación y posterior tratamiento.

Estas condiciones pueden ser tanto presuntivas como definidas. Las definidas son aquellas que son demostradas a través de estudios urodinámicos. Las presumidas son condiciones en las cuales la documentación se realiza mediante la evaluación clínica de la paciente. (5)

Anormalidades vesicales

* Detrusor hiperactivo:

Es el término genérico que se utiliza para las contracciones involuntarias del detrusor debe ser utilizado cuando la etiología de las contracciones no es clara.

* Detrusor Inestable:

Comprende aquellas contracciones involuntarias que no están asociadas a alteraciones neurológicas.

* Detrusor Hiperrefléxico:

Se utiliza cuando la causa de las contracciones no inhibidas tiene como origen un problema neurológico definido. La hiperactividad vesical urodinámica es un término urodinámico que describe contracciones vesical fásicas, involuntarias. La hiperactividad

vesical se subdividiría en: hiperactividad vesical idiopática (reemplazando la vejiga inestable) e hiperactividad vesical neurogénica (reemplazando detrusorhiperrefléxico). Además la hiperactividad vesical se describiría como: a) Hiperactividad vesical sintomática o b) Hiperactividad vesical asintomática. (5)

*Detrusor de baja adaptabilidad.

Implica una disminución anormal de la relación volumen/presión durante el llenamiento vesical. Sus valores hasta la fecha no están definidos en forma adecuada. (5)

Alteraciones esfinterianas

*Hipermovilidad uretral

Este término denota la debilidad del piso pélvico. La hipermovilidad se encuentra con frecuencia en mujeres que no presentan incontinencia, por lo cual, la simple evidencia de hipermovilidad no constituye una anomalía esfinteriana en sí, si no hay demostración de la incontinencia. (5)

*Deficiencia Intrínseca del esfínter

Hace referencia a la alteración de la funcionalidad esfinteriana. Desde el punto de vista clínico se reconocen dos grupos de incontinencia de acuerdo con sus signos y sus síntomas. (5)

Incontinencia por rebosamiento

Es el escape de orina con una capacidad vesical mayor de lo normal. Se asocia con vaciamiento incompleto debido a deterioro en la contractilidad vesical o a obstrucción en el tracto urinario de salida. Generalmente es crónica, se debe a vejigas distendidas que reciben un aumento adicional de la orina. Esta situación hace que la presión intravesical se halla disminuida en relación a la resistencia de la vía de salida y se manifiesta por un goteo de orina al exterior. Presenta un gran residuo post miccional puede ir acompañada de polaquiuria. (5)

Una vejiga Hipotónica (neurógena) tendrá más capacidad y se vaciará de manera espontánea e incompleta por rebosamiento. En una vejiga hipertónica con pequeña capacidad y grados variables de tono del músculo detrusor también se presenta pérdida intermitente de orina.(7)

Incontinencia urinaria mixta.

Presentan dos diferentes incontinencias en el mismo momento. Puede presentarse como alteraciones del desarrollo, psíquicas, funcionales y orgánicas del aparato urinario. Algunas niñas con reflujo de orina uretrovesical presentan pérdida de orina varios minutos después de la micción hasta que se vacía la vejiga. Otras causas son: algunas etapas de ansiedad, la risa y mal formaciones congénitas. (5)

Incontinencia Extrauretral

Se refiere al escape de orina por un sitio diferente a la uretra. Puede deberse a uréter ectópico o a fístulas urinarias. (7)

2.2.5Evaluación del paciente

La evaluación del paciente que presenta incontinencia urinaria se debería realizar mediante una historia clínica y una exploración física cuidadosa. Durante la exploración ginecológica se puede valorar el grado de la incontinencia urinaria (12)

Anamnesis:

Los antecedentes de un paciente son sumamente importantes en la evaluación de la incontinencia urinaria.

- Cirugía (pélvica, ginecológica, abdominal, columna vertebral o del tracto urinario).
- Patología neurológica (accidente vascular cerebral).
- Patología sistémica (diabetes, enfermedades degenerativas).
- Fármacos (hipnóticos, anticolérgicos, diuréticos, calcio antagonista, beta estimulantes o alfa bloqueantes).
- Hábitos del alcoholismo.
- Estilo de vida.
- Incontinencia fecal.
- Estreñimiento.
- Traumatismo. (13)

En el interrogatorio se tiene que tener en cuenta:

- Como fue el inicio insidioso o brusco.
- Cuando y circunstancias de presentación, tos, risa o esfuerzo.
- Frecuencia.

- Duración.
- Intensidad.
- Horario diurno o nocturno.
- Síntomas acompañantes.

Examen físico

En la exploración física se debe tener en cuenta especialmente a la palpación del abdomen tratando de diferenciar globo vesical o alguna masa palpable. El examen del aparato genitourinario se basa en investigar si existen prolapsos asociados de alguna de las estructuras como cistocele, rectocele o prolapso de útero. (13)

- Primer grado emisión urinaria al aumentar la presión intrabdominal por ejemplo: al toser, estornudar o reír.
- Segundo grado emisión de orina al realizar movimientos que aumentan ligeramente la presión intrabdominal por ejemplo: correr, bajar gradas o ponerse de pie.
- Tercer grado emisión continua de orina independiente de la presión intraabdominal. El tacto rectal revelara la función general del piso pélvico, impactación fecal y tono rectal. El examen neurológico permite valorar la función motora y sensitiva. (5)

Aspecto Psicológico

Investigadores canadienses informan que las mujeres que sufren de incontinencia urinaria tienen casi dos veces el riesgo de depresión, en comparación con las mujeres que no padecen este trastorno perturbador. También hallaron que las mujeres más jóvenes con incontinencia eran más propensas a la depresión que las mayores. (14)

Los investigadores analizaron datos de la Encuesta canadiense sobre salud comunitaria en más de 69,000 mujeres a partir de los 18 años que no estaban embarazadas. El índice de depresión en mujeres con incontinencia fue del 15.5 por ciento, en comparación con el 9.2 por ciento de las que no sufrían la condición. El índice de depresión fue del 30 por ciento para las mujeres entre los 18 y los 44 que tenían incontinencia. El estudio también halló que la combinación de incontinencia con depresión se relacionó con diversos efectos negativos, como estrés, ausencias laborales y más consultas médicas. (14)

2.2.6 Métodos Diagnósticos

Por lo general, se puede descubrir la causa y desarrollar un plan de tratamiento después de que el médico haya interrogado a la persona sobre los antecedentes del problema y haya efectuado un examen clínico. Se puede realizar un análisis de orina para descartar una posible infección. La cantidad de orina que queda en la vejiga después de orinar (orina residual), a menudo se mide con una ecografía o un sondaje urinario. Un gran volumen de orina residual indica una obstrucción o un problema de los nervios o del músculo de la vejiga. (15)

A veces, puede ser necesario realizar pruebas especiales durante la micción (evaluación urodinámica). Estas pruebas miden la presión de la vejiga en reposo y al llenarse ; son útiles en la incontinencia crónica. Se coloca una sonda en la vejiga y mientras ésta se llena con agua a través de la sonda, se registra la presión en su interior. (2)

Por lo general, la presión aumenta lentamente. En algunas personas, la presión comienza con bruscos espasmos o se eleva demasiado rápido antes de que la vejiga esté completamente llena. El registro de los cambios de presión ayuda al médico a determinar el mecanismo de la incontinencia y su mejor tratamiento.

Otra prueba mide la velocidad del flujo de la orina. Esta prueba puede ayudar a determinar si dicho flujo está obstruido y si los músculos de la vejiga se pueden contraer con la fuerza suficiente como para expulsar la orina. La incontinencia por esfuerzo se diagnostica por medio de la historia clínica del problema, examinando la vagina en las mujeres y observando la pérdida de orina al toser o hacer un esfuerzo. Un examen ginecológico ayuda también a determinar si el revestimiento de la uretra o de la vagina ha adelgazado debido a la falta de estrógenos. (13)

La "prueba del hisopo" comprende colocar un hisopo lubricado en la uretra. El ángulo del hisopo en reposo se compara con el ángulo mientras la mujer está haciendo esfuerzo. Un cambio de más de 30 grados mientras se hace esfuerzo indica apoyo muscular inadecuado. (11)

Urodinamia

El estudio de Urodinamia es el principal método de ayuda diagnóstica en la evaluación de la incontinencia urinaria femenina; juega un papel primordial en el estudio de los síntomas asociados con incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia, al igual que en el análisis de las complicaciones y/o síntomas urinarios persistentes asociados a los tratamientos quirúrgicos utilizados para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo pura, el control de la inestabilidad idiopática del detrusor y la valoración de insuficiencia esfinteriana intrínseca. (15)

El principio fundamental del estudio de Urodinamia consiste en la reproducción de los signos y síntomas clínicos del paciente (análisis de síntomas irritativos, asociación entre eventos cotidianos y los episodios de incontinencia urinaria, etc.), para así obtener un diagnóstico más preciso del tipo de incontinencia urinaria, y por lo tanto, elegir un esquema de tratamiento óptimo para cada caso en particular. Hoy en día se considera éste tipo de estudios como parte integral de la investigación de rutina en pacientes con incontinencia urinaria. (14)

Esta técnica de urodinamia permite ofrecer un estudio que es muy bien tolerado. Pero esto no nos debe hacer olvidar, que al igual que la urodinamia I, debe realizarse con una buena técnica aséptica, o de lo contrario podríamos introducir bacterias al sistema urinario.(15)

La urodinamiamonocanal es un método que nos permite objetivar y clasificar el tipo de incontinencia de orina sospechado por la clínica (anamnesis y examen físico). Se trata de un método que entrega las herramientas para planificar la solución más adecuada, según las características de cada paciente, además se trata de un método que posee un alto grado de tolerancia por las pacientes que lo requieren. (15)

Estudio Estándar. Es conveniente efectuar un estudio urodinámico convencional que incluya:

*Uroflujometría libre con evaluación del residuo post-miccional.

*Fase Cistométrica, que según el tipo de incontinencia en estudio, debe incluir la evaluación de la presión en punto de incontinencia (Abdominal LPP o Valsalva LPP:

presión abdominal o presión de valsalva en el punto de incontinencia). La ALPP o VLPP es una medida de la competencia uretral o de la capacidad de la uretra para resistir la fuerza expulsiva de la presión abdominal. Esta nos permite clasificar el tipo de incontinencia (0, I o II) y además permite evaluar la incontinencia urinaria tipo III o incontinencia por insuficiencia esfinteriana intrínseca. (16)

*Fase de presión/flujo, si se está estudiando o desea descartar probables procesos obstructivos del tracto urinario de salida, aunque estos en mujeres no son frecuentes.

*Electromiografía esfinteriana si existe sospecha de algún tipo de alteración de origen neurológico. Este tipo de estudios es conveniente efectuarlo cuando se está investigando cualquier tipo de incontinencia urinaria (esfuerzo, urgencia o mixta), ya que los diferentes subtipos de incontinencia pueden representar diferentes rangos de patología funcional (detrusor inestable, trastornos de adaptabilidad o capacidad) o anatómica (hipermovilidad uretral o insuficiencia esfinteriana intrínseca). Es importante establecer que actualmente el único método diagnóstico de la insuficiencia esfinteriana intrínseca es el Estudio de Urodinamia con ALPP o VLPP y es mandatorio efectuarlo en pacientes con síntomas de incontinencia asociados con las siguientes entidades:

- a) Pacientes con cirugías anti-incontinencia previas con reaparición o persistencia de la incontinencia por lo cual se está estudiando con miras a un nuevo tratamiento.
- b) Pacientes con sospecha de lesiones neurológicas (antecedentes de cirugías como resección abdomino - perineal o Histerectomía radical).
- c) Pacientes con radioterapia pélvica. Durante los últimos años en que se ha incrementado el uso de este método diagnóstico para evaluación de incontinencia urinaria, se han observado con mayor frecuencia pacientes con insuficiencia esfinteriana intrínseca primaria, es decir, pacientes en las que se practica el estudio de urodinamia y se encuentra insuficiencia esfinteriana sin ninguna de las patologías asociadas mencionadas anteriormente; además, se han encontrado fenómenos de hipermovilidad uretral asociados a insuficiencia esfinteriana, los cuales se desconocían antes de que existieran estos tipos de análisis. Por todo esto, puede ser conveniente aunque no mandatorio que como parte de la evaluación de la incontinencia urinaria femenina se practique un Estudio de Urodinamia e idealmente se debe determinar el ALPP o VLPP en todas las pacientes para tener una mejor clasificación y diagnóstico. (15)

Otras ayudas diagnósticas

Durante muchos años el Perfil de Presión Uretral se consideró como parte del Estudio de Urodinamia en la evaluación de la incontinencia urinaria femenina de esfuerzo; sin embargo, los estudios de Videourodinamia efectuados por McGuire demostraron que este tipo de estudio es de poca ayuda en la valoración de la incontinencia urinaria femenina y actualmente no se están practicando como estudio de rutina. (15)

Algunos autores consideran que para evaluar la insuficiencia esfinteriana, o cuando existen casos muy complicados o de difícil valoración, el método ideal es el Estudio de Videourodinamia. Este tipo de estudio permite evaluar simultáneamente el componente anatómico y funcional del mecanismo esfinteriano en las mujeres y se debe practicar en aquellos casos en que los datos obtenidos durante la medición del ALPP o VLPP es equívoco y se requiere confirmar la presencia de insuficiencia esfinteriana antes de definir el tipo de tratamiento quirúrgico. (11)

Urodinamia Ambulatoria: La urodinamia ambulatoria no es usada ampliamente en la práctica clínica pero muchos autores informan una alta prevalencia de contracciones anormales del detrusor en pacientes asintomáticos. Adicionalmente, muchos clínicos no tienen acceso a este procedimiento diagnóstico que requiere un especialista experto que es costoso y consume mucho tiempo. (11)

2.2.7 Diagnóstico diferencial

30-40 % de las mujeres se tienen pérdidas por:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo.- lo más frecuente.
- vejiga inestable.- lo más frecuente.
- vejiga neurogénica (alteración neurológica).
- fístula vesico-vaginal o vesico-uterina (post cirugía ginecológica).
- Malformación congénita: desembocadura anormal del uréter directo a uretra: goteo constante.
- Malos hábitos miccionales.
- Confusión sintomática femenina (aprox. Un 30% de las mujeres no conoce su anatomía). (5)

2.2.8 Tratamiento Medico

Medidas generales

El éxito del tratamiento de la incontinencia urinaria se basa en una aproximación escalonada y multifactorial destinada a mejorar los aspectos más incómodos. En primer lugar, se intentarán corregir los factores que agravan los síntomas; a continuación, se recomendará un tratamiento con medidas físicas, un tratamiento farmacológico en los casos en los que esté indicado y, si estas medidas fracasan, se recurrirá al tratamiento quirúrgico.(17)

El tratamiento no farmacológico se debe ofrecer como primera opción desde atención primaria, ya que es seguro y efectivo, siempre que no haya indicación para la derivación a atención especializada. Para obtener beneficios es imprescindible lograr la motivación del paciente. (17)

Las intervenciones sobre el estilo de vida constituyen un conjunto de medidas no avaladas por una evidencia suficiente, pero que suelen recomendarse en todas las guías clínicas, se deberá evitar la ingestión excesiva de líquidos, se dice que las sopas, guisos y alimentos hervidos aportan más líquidos, que los asados y fritos. Líquidos que favorecen la formación de orina: agua, leche, alcohol e infusiones. Fortalecimiento de los músculos pubocoxigeos, ideados por el Doctor Kegel, uso de pañales absorbentes. (5)

Ejercicios de Kegel

El motivo de la incontinencia se genera al verse debilitados los músculos del suelo pélvico. Éstos sostienen la parte baja del abdomen como un arco protector en forma de hamaca flexible, y ofrecen el apoyo y sostén necesarios para la vejiga, el útero y el intestino inferior. A través del suelo pélvico pasan los conductos de salida al exterior de estos tres órganos: la uretra, la vagina y el recto.(18)

Los ejercicios de Kegel o ejercicios de contracción del músculo pubocóxigeo, son ejercicios indicados para mujeres destinados a fortalecer los músculos pélvicos. También están recomendados para evitar alteraciones comunes como la incontinencia urinaria o también para facilitar el parto. Reciben este nombre por el Doctor Arnold Kegel, quien

desarrolló estos ejercicios para sus pacientes en la década de 1940 como método para control de la incontinencia urinaria. Su artículo fue publicado en 1948. (18)

Hay varias maneras de realizar los ejercicios de Kegel, pero todos se basan en contraer y relajar el músculo pubococcígeo, también conocido como músculo del suelo pélvico, repetidas ocasiones, con el objetivo de incrementar su fuerza y resistencia, y así prevenir o evitar la incontinencia urinaria y otros problemas relacionados. El mencionado músculo es el principal músculo del suelo de la pelvis. Tiene una conexión nerviosa que alcanza el nervio pélvico, una ramificación que conecta el útero y la vejiga en la mujer. Si el músculo pubococcígeo es fuerte, se convierte entonces en el mayor transmisor de energía. La contracción de este músculo estimula en la mujer el útero. (17)

Para comenzar a practicar dichos ejercicios es necesario que la mujer haya identificado los músculos del suelo pélvico, para la cual existen dos procedimientos. Uno, y muy sencillo, es detener la micción a intervalos, lo que además nos dará buena información sobre la fuerza del músculo perineal. Otra forma consiste en insertar un dedo limpio en la vagina e intentar apretarlo. Si se nota algún movimiento muscular es que se ha dado con él. (18)

Si tras realizar los ejercicios se observa cierta fatiga con dolor en la espalda o en músculos abdominales, o irritabilidad nerviosa, es un signo de que se ha apretado con los abdominales, la espalda, los muslos o los glúteos. La solución es bien sencilla, hay que tratar de relajarse y contraer solamente los músculos del suelo pélvico. Si se practican alrededor de 200 repeticiones al día de estos ejercicios (cuatro series de 50), se necesita de 6 a 12 semanas para notar mejoría, según el departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Iowa. (18)

Pasos para la ejecución correcta de los ejercicios del piso pélvico

- Vaciar la vejiga.
- Contraer los músculos de la vagina durante tres segundos y relajar. Repetir 10 veces.
- Contraer y relajar lo más rápido que se pueda. Repetir 25 veces.

- Imaginar que se sujeta algo con la vagina, mantener esta posición durante 3 segundos y relajar. Repetir 10 veces.
- Imaginar que se lanza un objeto con la vagina, mantener la posición durante 3 segundos y relajar. Repetir 10 veces.
- Imaginar que se acaricia un objeto con la vagina como una madre a un niño, mantener la posición durante 3 segundos y relajar. Repetir 10 veces.
- Estos ejercicios hay que realizarlos tres veces al día.(16)

Iniciadas

- En posición de decúbito en el suelo con las rodillas dobladas y las plantas de los pies cara a cara.
- Mantener los músculos del estómago y de la vagina en posición relajada.
- Imaginar mentalmente las paredes interiores de la vagina e intentar acercarlas contrayendo los músculos (no se deben flexionar los músculos del estómago ni presionar los glúteos. Seguir dos veces más.)
- Contraer lentamente contando hasta diez.
- Mantener los músculos contraídos con la vagina cerrada contando hasta veinte.
- Relajar contando hasta diez y volver a empezar.

El ejercicio debe hacerse durante diez minutos. Para evaluar si están realizándose bien los ejercicios, después de unos cuantos días haciéndolos, se coloca un dedo o dos entre los músculos de la vagina y al contraer se debe notar que la vagina comienza a estrecharse. (18)

Tratamiento Farmacológico

Cuyo objetivo es obtener que la vejiga se distienda sin contraerse durante el llenado, a su vez que la uretra se mantenga cerrada. Se usa los anticolinérgicos que disminuyen la capacidad contráctil del detrusor (efectos secundarios: sequedad de la boca, taquicardia) no usar en pacientes arrítmicos o con glaucoma. Ej. Oxibutinina, Flevoxato, propantelina, matantelina. Otros fármacos por citar tenemos los estrógenos, agonista alfa-adrenérgicos y antidepresivos, los cuales se clasifican según su función específica según el tipo de incontinencia (19)

Medicamentos empleados en el tratamiento de la vejiga hiperactiva (VHA)/hiperactividad del detrusor (HD)

Se ha demostrado claramente que los medicamentos antimuscarínicos proporcionan beneficios clínicos considerables. Ninguno de los antimuscarínicos de uso habitual (darifenacina, fesoterodina, oxibutinina, propiverina, solifenacina, tolterodina y trospio) constituye un tratamiento de primera línea ideal para todos los pacientes con VHA/HD. El tratamiento óptimo debe individualizarse, teniendo en cuenta las enfermedades coexistentes del paciente, los medicamentos concomitantes y los perfiles farmacológicos de los diferentes; (19,20)

Medicamentos Antimuscarínicos: Tolterodina, Trospio, Solifenacina, Darifenacina, Propantelina, Atropina, hiosciamina

Medicamentos que actúan sobre canales de la membrana; Antagonistas del calcio, Agonistas de los canales de K

Medicamentos con efectos mixtos; Oxibutinina, Propiverina, Dicyclomina y Flavoxato (22)

Medicamentos empleados en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

Entre los factores que pueden contribuir al cierre de la uretra figuran:

- El tono del músculo liso y estriado uretral.
- Las propiedades pasivas de la lámina propia uretral, especialmente su vascularización.

La contribución relativa de estos factores a la presión intrauretral sigue siendo objeto de debate. Sin embargo, los datos indican que una parte notable del tono uretral está mediada por una estimulación de los receptores adrenérgicos alfa en el músculo liso uretral por parte de la noradrenalina liberada. Un factor que contribuye a la IUE, principalmente en las mujeres de edad avanzada con falta de estrógenos, puede ser un deterioro de la función de coadaptación de la mucosa. El tratamiento farmacológico de la IUE pretende incrementar la fuerza de cierre intrauretral al aumentar el tono de los músculos liso y estriado uretrales. Hay varios medicamentos que pueden contribuir a este incremento. Su uso clínico se encuentra limitado por una eficacia baja o efectos

secundarios, entre los cuales se pueden encontrar; Duloxetina, Imipramina, Clenbuterol, Metoxamina, Midodrina, Efedrina, Norefedrina (fenilpropanolamina) y Estrógenos.(19,20)

Medicamentos empleados en el tratamiento de la ‘incontinencia por rebosamiento’

Puede aparecer incontinencia cuando existen grandes cantidades de orina residual con una vejiga notablemente distendida (retención urinaria crónica). Se han propuesto varios abordajes médicos de la incontinencia por rebosamiento, entre ellos figuran los agonistas directos o indirectos de los receptores muscarínicos y los antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa-1. Sin embargo, una revisión reciente de los estudios clínicos controlados sobre los agonistas parasimpáticos directos e indirectos en pacientes con detrusorhipoactivo reveló que estos medicamentos no fueron beneficiosos de manera sistemática e incluso que podrían ser perjudiciales. Por el contrario, los antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa-1 han resultado beneficiosos sistemáticamente en los pacientes con retención urinaria aguda. (19,20)

2.3TRATAMIENTO QUIRURGICO,

2.3.1Marshall MarchettiKrantz

Este procedimiento requiere una incisión abdominal. El cuello de la vejiga y la uretra se separan de la superficie posterior del hueso púbico. Las suturas se colocan a ambos lados del cuello de la uretra y la vejiga, que son elevados a una posición más alta. Los extremos libres de los puntos de sutura se anclan a los alrededores del cartílago y el hueso púbico. MMK ya no es una técnica preferida porque hay un potencial para el desarrollo de adherencias obstructiva y la incisión se limita la capacidad del médico para corregir una hernia de la vejiga en la vagina. (21,22)

2.3.2 Colposuspensión deBurch

Este procedimiento de suspensión vaginal a menudo se realiza cuando el abdomen está abierto para otros fines, tales como la histerectomía abdominal.

El cuello de la vejiga y la uretra se separan de la superficie posterior del hueso púbico. El cuello de la vejiga a continuación, es elevada por la lateral (de lado) las suturas que pasan a través de la vagina y ligamentos del pubis. (Suturas laterales evitar la obstrucción de la

uretra y permitir la reparación de cistocele pequeño, o hernias.) La pared vaginal y el ligamento se reúnen, y las suturas están atadas. (21,22)

2.3.3 Suspensión con aguja

Varios procedimientos de suspensión con agujas se han desarrollado, cada uno el nombre de su creador (por ejemplo, Stamey, Raz, Gittes), sin embargo, la técnica básica es la misma. Esencialmente, las suturas se colocan a través de la piel del pubis o una incisión vaginal en los tejidos de anclaje a cada lado del cuello de la vejiga y se ata al tejido fibroso o hueso púbico. (22) La técnica de Stamey se realiza por vía vaginal o a través de una pequeña incisión por encima del hueso púbico. Una sutura de nylon se utiliza para suspender la uretra a cada lado y la cistoscopia se asegura de que la uretra y la vejiga no se lesionan durante el procedimiento. (22)

El procedimiento Raz corrige hipermovilidad del cuello vesical y la uretra, cuando hay o no hay un mínimo de hernia de la vejiga en la vagina. Se hace una incisión en forma de U invertida en la pared vaginal y bandas de tejido fibroso alrededor del cuello de la vejiga y la uretra son liberados. Introduce una aguja a través de la incisión, y las suturas de suspensión se tiran, levantando la parte frontal de la vagina y la uretra. (22)

En el procedimiento Gittes, una pequeña punción se realiza por encima de la almohadilla de grasa del pubis. Una sutura es transferida por una aguja a través del músculo de la cresta del pubis a la pared vaginal, donde se coloca y dibujada de nuevo a través de la punción. Una segunda sutura se realiza a través de la punción para crear un soporte de suspensión firme. El proceso se repite a través de otra punción 1,5 a 2 cm desde el primer sitio. Tanto la suspensión de las suturas se atan a sus sitios de punción. (22)

2.3.4 Sling Procedimientos

Los pacientes con incontinencia severa y la deficiencia intrínseca del esfínter pueden ser candidatos para un procedimiento de cabestrillo. El objetivo de este tratamiento es crear la suficiente compresión uretral para lograr control de la vejiga. Existen dos técnicas:

Percutánea, que requiere una pequeña incisión abdominal, y transvaginal, que se realiza a través de la vagina. (22)

Percutánea Eslingas

El slingpubo-vaginal se hace de un trozo de tejido de la fascia abdominal del paciente. Un cabestrillo sintético puede ser utilizado, pero la erosión del tejido uretral ocurre

comúnmente. Se hace una incisión por encima del hueso púbico, y una tira de la fascia abdominal (la honda) se retira. Se hace otra incisión en la pared vaginal, a través del cual la eslinga se agarra y se ajusta alrededor del cuello de la vejiga. El cabestrillo está asegurada por dos suturas vagamente vinculados entre sí por encima de la incisión del hueso púbico, ofreciendo una hamaca para apoyar el cuello de la vejiga. (22)

Después de este procedimiento, los pacientes suelen recuperar el control de la vejiga durante más de 10 años. Las posibles complicaciones son lesión vesical accidental, infección, y la retención urinaria prolongada, que puede requerir crónica intermitente auto-cateterización. (18)

Transvaginal Eslingas

Precisión TackTransvaginal Sistema de anclaje es un dispositivo que restaura la función urinaria mediante la devolución de la anatomía urinaria a su posición adecuada en un procedimiento mínimamente invasivo. No hay incisión abdominal y se requiere una pequeña incisión en la pared vaginal. Dos tachuelas pequeñas se colocan en el hueso púbico y una honda se inserta en la vagina y unido a las tachuelas con suturas. La honda apoya la vejiga, cuello de la vejiga, la uretra y del esfínter uretral a manera que la orina pueda fluir y se realizará correctamente. (21, 22)

2.3.5 Gynecare TVT

(Cinta vaginal sin tensión) es una cinta de malla sintética que evita la pérdida de orina durante el movimiento brusco (por ejemplo, reír, toser, estornudar) y durante el ejercicio mediante el refuerzo de los ligamentos y tejidos que sostienen la uretra. Este procedimiento mínimamente invasivo se utiliza para corregir la incontinencia de esfuerzo y el estrés combinado y la incontinencia de urgencia en las mujeres. La cinta se coloca por debajo de la media de la uretra en un procedimiento quirúrgico ambulatorio que tarda de 30 a 50 minutos para llevar a cabo. El procedimiento se realiza bajo anestesia local, regional o general y no requiere un catéter urinario. Si la anestesia local o regional se utiliza, se pueden hacer ajustes durante el procedimiento para garantizar que la ayuda adecuada. La cistoscopia se realiza para asegurarse de que no ha habido ningún daño a la vejiga durante el procedimiento. Gynecare TVT no requiere anclajes o suturas y produce cicatrices mínimas. (21,22)

La recuperación del procedimiento es de 3 a 4 semanas. Levantamiento de objetos pesados y las relaciones sexuales deben evitarse durante 4 a 6 semanas. La actividad

normal diaria se puede reanudar en 1 a 2 semanas. Estudios recientes han demostrado que la cinta vaginal sin tensión (TVT) puede ser hasta un 90% de efectividad con el tiempo. Las complicaciones son raras e incluyen sangrado, los vasos sanguíneos, la vejiga, y lesiones del intestino, y retención urinaria.

En octubre de 2008, los EE.UU. Food and Drug Administration (FDA) emitió una advertencia a los médicos acerca de las posibles complicaciones derivadas de los dispositivos de malla quirúrgica (por ejemplo, hondas) se usa para tratar la incontinencia de esfuerzo. Estas complicaciones, que incluyen la infección, el dolor y la erosión de malla (es decir, el desgaste del material), puede disminuir significativamente la calidad de vida de los pacientes afectados y pueden requerir cirugía adicional. Los pacientes que tienen problemas adicionales de salud, los pacientes que se someten a un procedimiento quirúrgico de acompañamiento (por ejemplo, histerectomía), y las mujeres posmenopáusicas pueden correr mayor riesgo de complicaciones de los dispositivos de acoplamiento. (21,22)

2.3.6 Técnica de Kelly: colpografía anterior

Es una de las primeras técnicas que se describió para el tratamiento de la IUE. Actualmente se sigue realizando con pocas variaciones respecto a la primera descripción de Kelly en 1914.

La colpografía anterior puede realizarse de forma independiente para la corrección de los defectos de la pared anterior, o bien asociada a otras intervenciones como son: técnicas endoscópicas u operaciones de suspensión uretral en la IUE, durante intervenciones ginecológicas como la histerectomía, o asociada a reparaciones de la pared posterior vaginal con rectocele.(23)

Esta técnica está especialmente indicada en los cistocelos grado IV con defectos centrales. Estos casos suelen asociarse a otros defectos estructurales o de soporte como son: el uretrocele (hipermovilidad uretral), el prolapso uterino, enterocele o rectocele. En un porcentaje elevado hay que realizar una reparación concomitante de estos defectos. Se coloca a la paciente en decúbito supino con las piernas en posición ginecológica. Debemos limpiar la vagina y el periné con soluciones de povidona yodada. Comenzamos realizando una incisión longitudinal en la línea media de la cara anterior de la vagina por debajo de la uretra hasta cerca del cuello uterino. La mucosa vaginal es separada de la

uretra y del cuello vesical, disecando cuidadosamente el plano avascular existente entre vejiga y vagina, liberando lateralmente la fascia pubocervical, llegando a exponer la fascia periuretral y los ligamentos cardinales en la base de la vejiga. Los ligamentos uretropélvicos se liberan del arco tendinoso del obturador para permitir la penetración en el espacio retropúbico y eliminar las adherencias periuretrales. Dicha disección puede facilitarse mediante la inyección submucosa de suero fisiológico con o sin vasoconstrictor para identificar mejor los planos y disminuir la posibilidad de sangrado. (4)

Una vez finalizada dicha disección se procederá al vaciamiento vesical mediante una sonda de Foley. Si vamos a realizar la histerectomía antes de la colporrafía anterior, la incisión debe comenzarse en la porción superior del lugar de la histerectomía. Se colocará un clamp de Allis en los bordes de la incisión vaginal para facilitar la disección.(4)

A la técnica original se le puede asociar una técnica de suspensión, para corregir así la posible IUE asociada, como ya hemos comentado. De esta manera, el siguiente paso sería colocar cuatro suturas en espiral de un monofilamento no absorbible que abarquen todo el espesor de la pared vaginal con excepción del epitelio, la fascia pubocervical y los ligamentos cardinales. Transferimos las suturas al espacio retropúbico siguiendo los principios de la técnica de Raz, y se dejan sin anudar.(4)

Si no asociásemos la técnica de suspensión, lo primero en hacer sería dar dos puntos con catgut de 2/0 a nivel de la unión uretrovesical, paralelos a la uretra, incluyendo la fascia periuretral en todo su espesor a ambos lados del cuello elevando así el ángulo uretral posterior, y anudaríamos los cabos anteriores entre sí y los posteriores de igual forma.(4)

El siguiente paso, en cualquiera de las dos situaciones, consiste en aplicar de 6 a 8 suturas de catgut crómico de 1/0 o 0, aproximando con ellas la fascia pubocervical (situada a ambos lados de la vejiga) a la línea media, cerrando de esta manera el defecto central. Esta aproximación se extenderá desde la base al cuello vesical, incluyendo los ligamentos cardinales en la porción más posterior. Una vez anudados los puntos entre sí, cerramos la colpotomía recortando el exceso de la pared vaginal tratando de mantener una capacidad funcionalmente adecuada. Para estas suturas se utiliza un material reabsorbible (catgut o cualquier otro) porque si se utiliza prolene puede producir molestias posteriores, como dispareunia, por la persistencia de los cabos punzantes de los nudos

de la sutura. Finalmente si hemos asociado la técnica de suspensión, se anudan las suturas transferidas hasta el espacio retropúbico. Una vez acabada la cirugía se coloca un taponamiento vaginal con povidona yodada que puede retirarse a las 12-24 horas.(5)

Se observó, que con la técnica original (sin asociar una técnica de suspensión), más del 50% de las pacientes intervenidas mostraban recidiva de la incontinencia. Probablemente debido a que la plicatura del tejido parauretral es insuficiente para elevar el cuello vesical y la uretra a su posición retropúbica por lo que en principio no estaría indicada en el tratamiento de la IUE y sólo debe emplearse para la corrección de cistoceles. En contra de este argumento, Kholi y col, afirman que la asociación de esta técnica a una suspensión transvaginal del cuello vesical con agujas implica un mayor índice de recidiva del cistocele que cuando sólo se realiza la colporrafia. Ellos justifican este hecho por el impacto que la disección vaginal retropúbica tendría sobre la inervación de la pared anterior de la vagina o debido a un defecto paravaginal lateral yatrógeno producido durante el acto quirúrgico. (4,23)

Complicaciones de Colporrafia Anterior

Las complicaciones de la colporrafia anterior incluyen: hemorragia particularmente del plexo periuretral y otras venas sinfisarias; laceración de la base de la vejiga, cuello y uretra; desarrollo de fibrosis periuretral con la subsecuente presencia de estenosis uretral y cicatrices vaginales condicionantes de dispareunia o estenosis del introito.

Es común la repercusión funcional al plegamiento uretral resultando en la retención urinaria postoperatoria, el aumento del volumen de orina residual y las infecciones urinarias.(4)

Las complicaciones propias de esta intervención son:

- Hemorragias intra o posoperatorias.
- Hematomas.
- Dispareunia.
- Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga e intestinos.
- Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias.
- Fístulas vesico-vaginales e intestinales. (4,23)

2.3.7 Transvaginal Obturatriz Tape (TOT)

Descripción de la técnica del TOT

Preparación preoperatoria

Comprende la higiene regional, rasurado vulvo-perineal. Antibioticoterapia profiláctica, antes de incisión con ampicilina sulbactam dosis única. (24,25)

Posición de la paciente

Posición ginecológica con flexión de 90 grados de los miembros inferiores sobre el tronco. Debe tomarse en cuenta que quede lo suficientemente expuesta la región inguinocrural así como una apertura vaginal adecuada. (23,24)

Técnica Quirúrgica

Incisión suburetral: Se coloca una pinza de Allis a 1 o 2 cm del meato uretral mediante una toma transversal. Se coloca la segunda pinza de Allis a 2 cm de la anterior en la línea media. Se inicia la incisión con bisturí de 1,5 a 2 cm por encima del meato urinario en dirección proximal. La incisión debe incluir la mucosa vaginal y la submucosa. Debe permitir un buen acceso a la zona media de la uretra y con una amplitud tal que permita la introducción del pulpejo del dedo en la disección posterior. (23,24)

Disección subvaginal: Se coloca una pinza de Allis en las comisuras laterales de la incisión equidistante de las dos pinzas mediales. Dando apoyo externo sobre la vagina con el pulpejo del dedo índice homolateral a la incisión se diseca con tijera dirigiendo la punta de la misma hacia la cara profunda de la rama isquiopubiana hasta tomar contacto con el periostio. Una vez logrado esto, se amplía la prolongación anterior de la fosa isquioanal mediante la introducción del dedo índice hasta tomar contacto con el hueso y la inserción de la aponeurosis perineal media. Se separan así los fascículos mediales del músculo elevador del ano, de dirección vertical, del área de punción. Ello posibilita que la aguja alcance la vagina pasando por debajo del plano del diafragma pelviano. Se respeta así la integridad anatómica del fascículo puborrectal integrante del esfínter externo del ano y principal elemento para la continencia rectal. También se preservan los fascículos pre y retrouretrales integrantes del aparato esfinteriano externo y de la uretra. (24,25)

Incisión inguinocrural: Se repara la rama descendente del pubis mediante palpación. Por fuera y en la parte más anterior de la rama descendente del pubis, sobre el agujero

obturador, se repera el ángulo supero medial del agujero obturador, topografiado en la intersección del pliegue inguinocrural con el capuchón del clítoris. Con una hoja de bisturí número 11 se emplazan dos incisiones simétricas en este punto, profundamente, hasta atravesar la aponeurosis obturatriz. (24,25)

Pasaje de la aguja: Previo al pasaje de la aguja se cateteriza la vejiga evacuando completamente la misma. Con el dedo índice homolateral a la incisión colocado en el túnel subvésicolaterouretral y en contacto con la rama descendente del pubis por dentro se aproxima la aguja de Emmet tomando la punta contacto con la incisión inguinocrural. Se presiona atravesando la aponeurosis del obturador y se realiza la excursión de adentro hacia afuera, de adelante hacia atrás y de arriba hacia abajo en una dirección de 45 grados con respecto a la horizontal hasta tomar contacto con la falange del dedo índice. Luego se exterioriza a nivel vaginal sobre el dedo índice que se mueve acompañando la punta de la aguja.(24,25)

Pasaje de la malla suburetral: Se fija un extremo de la malla a la aguja mediante tres pasadas de hilo y se retira la aguja con un movimiento opuesto al realizado en la introducción, hasta que la misma emerge por la incisión cutánea en el muslo. (24,25)

Llenado vesical: Se coloca una sonda vesical y se instilan generalmente 300 ml de suero fisiológico. Si la capacidad vesical máxima es de más de 400 ml se deberá instilar ese volumen.(24,25)

Regulación de tensión: Posicionada la malla en la zona suburetral se regula la tensión hasta el punto en que con maniobras de Valsalva excesivas (tos fuerte) no se manifieste la incontinencia urinaria. Se recomienda que sólo aparezca el brillo de la gota de suero en el meato uretral ya que al recuperar la posición ortostática y al descender la pared anterior de la vagina, la angulación sobre la uretra actúa como un mecanismo de continencia urinaria. Cuando no se realiza la maniobra de Valsalva (por ejemplo, anestesia general) se deja la malla libre de tensión permitiendo el pasaje holgado de una tijera Metzembaum cerrada entre la malla y la uretra.(24,25)

Sección de la malla y colpórrafia: Se secciona la malla a ras de la piel en la zona inguinocrural. Se emplaza un punto en piel. Se emplaza un surget de puntos reabsorbibles en la mucosa vaginal.(18)

Cuidados Postoperatorios

Deambulación precoz.

Sonda vesical por 12 a 24 horas (de acuerdo al tipo de anestesia).

Luego de orinar, si no hay tenesmo o sensación disfuncional, se concede el alta. Si hubiera tenesmo se mide el residuo y si este es menor de 100 ml se da de alta. (24,25)

Complicaciones de la TOT

Las complicaciones precoces (ocurridas en las 48 horas posquirúrgicas) las más importantes fueron: perforación vesical, hematoma en zona inguinal, hematoma en zona de Retzius- paravaginal, fiebre postoperatoria, sangrado vaginal, dolor en ambas zonas obturadoras, el cual puede ser incapacitante. Todas las pacientes presentan dolor en ambas zonas inguinales que es de moderada intensidad y va desapareciendo de forma gradual en 48-72 horas y no suele ser incapacitante.

Aproximadamente 15% de las pacientes persisten con incontinencia principalmente las que presentaban incontinencia de tipo mixta. Como complicaciones tardías (aquellas aparecidas en el seguimiento) las principales y más frecuentes son.

- Retenciones post-operatorias (aquellas pacientes que requieren sonda vesical más de 24 horas y menos de 1 mes)
- Urgencia de novo.
- Dolor inguinal persistente (dolor que dura más de 1 mes)
- Prolapso de órganos pélvicos
- Dispareunia
- Extrusión de la malla
- Obstrucción al vaciamiento vesical: Esta complicación aparece entre los 4 y 12 meses de evolución. Su forma de presentación es variable: en el 60% las pacientes presenta urgencia miccional y en el 40 % aquejan dificultades miccionales. Para llegar al diagnóstico se les realiza urodinámica y ecografía postmiccional. (24,25)

III OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Determinar cuál es la incidencia de pacientes que presentaron incontinencia urinaria después de haber sido tratada con TOT y/o colporrafia anterior con o sin punto de Kelly en el Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco De Seguridad Social (IGSS) en el periodo comprendido del año 2009-2010.

3.2 ESPECIFICOS

3.2.1 Definir el perfil epidemiológico de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria con TOT y/o colporrafia anterior con o sin punto de kelly.

3.2.2 Determinar cuáles fueron las complicaciones después del procedimiento quirúrgico con TOT y/o colporrafia anterior con o sin punto de kelly.

3.2.3 Determinar la incidencia de recidivas de incontinencia urinaria después de tratamiento quirúrgico con TOT y/o colporrafia anterior con o sin punto de Kelly.

3.2.4 Que pacientes recibieron tratamiento médico coadyuvante, previo al tratamiento quirúrgico con TOT y/o colporrafia anterior con o sin punto de Kelly.

IV HIPOTESIS

4.1 Hipótesis Nula

La colocación de TOT en el tratamiento de la incontinencia urinaria no tiene diferente probabilidad de riesgo de recidivas y complicaciones que con la realización de colporrafia anterior con o sin punto de Kelly.

4.2 Hipótesis Alterna

La colocación de TOT en el tratamiento de la incontinencia urinaria tiene menos probabilidad de riesgo de recidiva y complicaciones que con la realización de colporrafia anterior con o sin punto de Kelly.

V MATERIAL Y METODOS

5.1 Diseño del Estudio

- Analítico de cohorte

5.2 Población y Muestra

- Área de estudio
 - Hospital de ginecoobstetricia HGO
- Población
 - La población está comprendida por el total de pacientes que fueron sometidas a un cirugía correctiva de TOT y/o colporrafia anterior con o sin punto de Kelly, durante el periodo comprendido en el año 2009- 2010
- Muestra
 - Se tomó el total de la población de pacientes que fueron sometidas a cirugía correctiva durante el periodo comprendido en el año 2009-2010.
- Formula del cálculo de la muestra
 - Se tomó el total de la población
- Criterios de inclusión, y exclusión

Criterios de inclusión:

 - Pacientes que fueron sometidas a cirugía correctiva con TOT y/o colporrafia anterior con o sin punto de Kelly con antecedente de incontinencia urinaria.
 - Que el procedimiento se haya realizado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (HGO).

Criterios de exclusión

 - Pacientes que no hayan sido corregidas por ninguna de las técnicas quirúrgicas en el estudio
 - Expedientes incompletos o que no contengan la información necesaria para las variables del estudio.

5.3 Variables y cuadro de operacionalizacion de variable

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO DE MEDICION
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio, la edad se tomara en años y se analizara en rangos.	Numérico	Años	Boleta de recolección de datos
Paridad	paridad al número de hijos que una mujer ha tenido por parto o cesárea, se tomaran en cuenta la totalidad de partos cesáreas y abortos	Numérico	Número de partos	Boleta de recolección de datos
Pre menopausia	La pre menopausia es el proceso de transición entre la vida fértil y la menopausia.	Nominal	Pre menopausia	Boleta de recolección de datos
Post menopausia	La postmenopausia se define como el cese permanente de la menstruación y tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular	Nominal	Postmenopausia	
Peri menopausia	Período que precede a la menopausia. Puede durar meses o años y suele ir acompañado de alteraciones del ciclo tanto en lo que se refiere a la cantidad de la pérdida como a la frecuencia de presentación.	Nominal	Peri menopausia	
Terapia de reemplazo hormonal	es un sistema de tratamiento médico para la menopausia la perimenopausia, Se basa en la idea de que el tratamiento puede prevenir las molestias causadas por la menor cantidad de hormonas (estrógenos y progesterona) presentes en la sangre. Supone el empleo de uno o más fármacos pertenecientes a un grupo diseñado para elevar artificialmente los niveles de hormona.	Nominal	Recibida No Recibida	Boleta de recolección de datos

COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS	Algún tipo de efectos adversos en pacientes sometidas a tot o colporrafia anterior	Nominal	TIPO DE COMPLICACION	Boleta de recolección de datos
TIPO DE INCONTINENCIA RESIDUAL	Presencia de incontinencia urinaria, en pacientes que han sido sometidas a tratamiento quirúrgico	Nominal	Incontinencia de ESFUERZO URGENCIA MIXTA	Boleta de recolección de datos
TRATAMIENTO MEDICO ADYUVANTE	Tratamiento médico dado antes y después de la cirugía correctiva a la paciente con diagnostico de incontinencia urinaria	Nominal	TIPO DE TRATAMIENTO	Boleta de recolección de datos
TIPO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO	TOT: TRANSVAGINAL OBTURATRIZ TAPE: banda sin tensión utilizada para corrección de las incontinencias urinarias de esfuerzo COLPORRAFIA ANTERIOR CON O SIN PUNTO DE KELLY: Se utiliza para la corrección de los defectos de la pared anterior y los problemas de incontinencia urinaria de esfuerzo.	Nominal	TIPO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO	Boleta de recolección de datos.

5.4 Procedimiento de recolección de datos y muestreo

Se realizó una búsqueda en los libros de registro quirúrgico de los casos de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico correctivo para incontinencia urinaria durante el periodo comprendido entre 2009-2010, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos, posteriormente se anotó en el instrumento de recolección de datos la información respecto a las variables.

5.4.1 Procedimiento de análisis de datos

- Se creó una base de datos en Excel, y se analizó con el programa EpiInfo se realizan porcentajes, medidas de tendencia central, así como presentación de tablas de las variables más significativas para una mejor comprensión de los datos estadísticos presentados.
- Se realizó tablas de datos en Word y la descripción de los resultados y la elaboración de análisis, conclusiones y recomendaciones en el informe final.

5.5 Aspectos éticos y recursos físicos

Debido a que este estudio es de tipo analítico transversal no se influyó en la integridad de la persona sujeta a estudio, el manejo de los datos fue confidencial y su uso fue únicamente para uso de investigación solo se tuvo manejo de expedientes no se tuvo contacto directo con pacientes a estudio, se obtuvo permiso de las autoridades del Instituto Guatemalteco de seguridad Social para su uso exclusivamente educativo sin fines de lucro.

VI RESULTADOS

Tabla No.1

Edad de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria

Edad	frecuencia	Porcentaje (%)
25-35 Años	11	12
36-45 años	26	28
46-55 años	37	39
56-65 años	15	16
66- 75 años	4	4
Mayor de 75 años	1	1
TOTAL	94	100

Edad media: 48 AÑOS

DE: 10.17

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 2

Paridad de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria

número de partos	Frecuencia	Porcentaje (%)
de 1-2	24	25
de 3-5	58	62
mayor de 6	12	13
Total	94	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 3

Estado Hormonal de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria

ESTADO HORMONAL	Frecuencia	Porcentaje (%)
Perimenopausia	31	33
Posmenopausia	31	33
Premenopausia	32	34
Total	94	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 4

Uso de terapia de reemplazo hormonal en las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria

TRH	Frecuencia	Porcentaje (%)
NO	78	83
SI	16	17
Total	94	100

TRH: Terapia de reemplazo hormonal

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No.5

Tipo de incontinencia urinaria presentada en las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria

DIAGNOSTICO	Frecuencia	Porcentaje (%)
IUE	92	98
IUM	2	2
Total	94	100

IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo

IUM: Incontinencia urinaria Mixta

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 6

Frecuencia según el año de realización de la cirugía de pacientes tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria

AÑO DE LA CIRUGIA	Frecuencia	Porcentaje (%)
2009	43	46
2010	51	54
Total	94	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 7

Tipo de cirugía realizada en pacientes tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria

TIPO DE CIRUGIA	Frecuencia	Porcentaje (%)
CA, CA+PK	56	60
TOT	34	36
TOT + CA	4	4
Total	94	100

CA: Colporrafia anterior

PK: Punto de Kelly

TOT: Transobturatriz tape

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 8

Pacientes que recibieron tratamiento coadyuvante previo al tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria

TRATAMIENTO COADYUVANTE	Frecuencia	Porcentaje (%)
NO	90	96
SI	4	4
Total	94	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 9

Pacientes que realizaron ejercicios de Kegel previo al tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria

KEGEL	Frecuencia	Porcentaje (%)
NO	75	80
SI	19	20
Total	94	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 10

Porcentaje de pacientes que presentaron incontinencia recidivante posterior al tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria

INCONTINENCIA RECIDIVANTE	Frecuencia	Porcentaje (%)
NO	82	87
SI	12	13
Total	94	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 11

Tipo de incontinencia urinaria presentada posterior al tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria

TIPO INCONTINENCIA POST OPERATORIA	Frecuencia	Porcentaje (%)
IUE	10	84
IUM	1	8
IUU	1	8
Total	12	100

IUE: Incontinencia Urgencia de Esfuerzo

IUM: Incontinencia Urinaria Mixta

IUU: Incontinencia Urinaria Urgencia

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 12

Tiempo de recurrencia en pacientes tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria

TIEMPO DE RECURRENCIA	Frecuencia	Porcentaje (%)
0-12 meses	5	42
13-24 meses	3	25
25-36 meses	4	33
Total	12	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 13

Principales complicaciones presentadas en pacientes tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria

COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje (%)
DISPAREUNIA	1	7
DOLOR CRONICO	1	7
DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR	1	7
GRANULOMA	1	7
HEMATOMA	2	14
INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	1	7
INFECCION URINARIA	5	37
LESION VESICAL	2	14
Total	14	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 14

Principales complicaciones asociadas al tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria

	COMPLICACIONES									
TIPO DE CIRUGIA	DISPAREUNIA	DOLOR CRONICO	DOLOR EN MII	GRANULOMA	HEMATOMA	INFECCION DE HOP	INFECCION URINARIA	LESION VESICAL	NINGUNA	Total
CA, CA+Pk	0	1	0	1	2	1	1	2	48	56
TOT	1	0	1	0	0	0	4	0	28	34
TOT+CA	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
TOTAL	1	1	1	1	2	1	5	2	80	94

CA: Colporrafia anterior

PK: Punto de Kelly

TOT: Transobturatriz tape

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 15

Riesgo relativo de complicaciones en pacientes tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria con TOT

COMPLICACIONES	RR	IC 95%	VALOR P
DISPAREUNIA	1.79	0.12-27.78	1
DOLOR CRONICO	1.71	0.11-26.56	1
DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR	1.79	0.11-27.78	1
GRANULOMA	1.71	0.11-26.55	1
HEMATOMA	0.86	0.08-9.11	1
INFECCION DE HOP	1.71	0.11-26.55	1
INFECCION URINARIA	7.06	0.82-60.63	0.055
LESION VESICAL	0.86	0.08-9.11	1

RR: riesgo relativo

TOT: Transobturatriz tape

HOP: herida operatoria

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 16

Riesgo relativo de complicaciones en pacientes tratadas quirúrgicamente por incontinencia urinaria con colpografía anterior con o sin punto de Kelly

COMPLICACIONES	RR	IC 95%	VALOR P
DISPAREUNIA	0.67	0.043-10.33	1
DOLOR CRONICO	0.69	0.044-10.80	1
DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR	0.67	0.04-10.34	1
GRANULOMA	0.69	0.05-10.8	1
HEMATOMA	1.39	0.13-14.83	1
INFECCION DE HOP	0.69	0.04-10.80	1
INFECCION URINARIA	0.17	0.02-1.45	0.15
LESION VESICAL	1.39	0.13-14.83	1

Riesgo Relativo corregido

HOP: Herida operatoria

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 17

Tipo de tratamiento ofrecido a las pacientes que tuvieron incontinencia urinaria recidivante

Tratamiento en la Recurrencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
MEDICO	6	50
TOT	6	50
Total	12	100

TOT: Transobturatriz Tape

MEDICO; en el tratamiento médico se incluyen los ejercicios de kegel y aquellas que fueron tratadas con oxibutinina.

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 18
Tipo de Cirugía e incontinencia recidivante

	INCONTINENCIA RECIDIVANTE		
TIPO DE CIRUGIA	SI	NO	Total
CA, CA+PK	9	47	56
TOT	3	31	34
TOT+CA	0	4	4
TOTAL	12	82	94

CA: colporrafia anterior

PK: punto de Kelly

TOT:Transobturatriz Tape

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 19

Riesgo relativo de presentar incontinencia urinaria recidivante en las pacientes tratadas quirúrgicamente

TIPO DE CIRUGIA	RR	IC 95%	VALOR P
CA,CA+PK	2.04	0.59-7.03	0.3489
TOT	0.58	0.17-2.02	0.5264
TOT+CA	1.50	0.24-9.35	0.529

CA: colporrafia anterior

PK: punto de Kelly

TOT:Transobturatriz Tape

Fuente: boleta de recolección de datos

VII DISCUSION Y ANALISIS

En base a los resultados obtenidos podemos analizar que 39% de las pacientes incluidas en el estudio con incontinencia urinaria corresponden al rango de edad de 46-55 años, con una edad media de 48 años con una desviación estándar de 10.17, lo cual se relaciona con los datos obtenidos a nivel mundial, datos que serían explicados debido a que es una edad cercana a la menopausia, perimenopausia, y conclusión de la fertilidad. Con respecto a la paridad de nuestras pacientes el mayor porcentaje (62%) se presentó en pacientes que tuvieron de 3-5 partos, lo cual se relaciona, a los cambios en las estructuras del piso pélvico, como lesiones neurológicas y musculares relacionadas al parto.

Encontrando que las pacientes que se encuentran en perimenopausia y posmenopausia tienen un porcentaje conjunto de 66%, lo cual tiene relación a la atrofia genital que experimentan estas pacientes que contribuye a la relajación del suelo pelviano, así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. Sin embargo de estas pacientes solo 18% de estas pacientes recibió terapia de reemplazo hormonal, lo cual según la literatura consultada, la terapia hormonal ayuda en el fortalecimiento del piso pélvico y la continencia urinaria.

La incontinencia urinaria de esfuerzo fue la más frecuente con 98%, debido a que esta es la que tiene indicación para recibir tratamiento quirúrgico, la manera de diagnóstico fue clínico a ninguna paciente se le realizaron pruebas de urodinámicas. La colporrafia anterior con o sin punto de Kelly fue la cirugía realizada con mayor frecuencia con 60% con un riesgo relativo de 2.04 veces de presentar recidiva con un IC 95% (0.59-7.03) con valor de p 0.3489, la colocación de TOT presento un riesgo relativo de 0.58 veces con un IC 95% de (0.17-2.02) con un valor de p de 0.5264, lo cual quiere decir que realizar una colporrafia anterior incrementa 2 veces el riesgo de presentar una incontinencia urinaria recidivante en comparación con la realización de TOT que presenta facto protector, del total de pacientes tratadas quirúrgicamente por cualquiera de las técnicas ya descritas 13% presento incontinencia recidivante, y el tiempo de recurrencia al que esta se presento fue de 0-12 meses que representa el 5%.

Con respecto a las complicaciones la colocación de TOT y el riesgo de presentar una infección del tracto urinario tiene un RR de 7.06 veces con un IC 95% de 0.82-60.63 con un valor p de 0.055 y presenta un RR de 0.86 para lesión vesical con un IC 95% (0.08-

9.11) con un valor p de 1 lo cual quiere decir que realizar una TOT incrementa el riesgo de presentar una infección del tracto urinario siete veces mas y tiene como menos riesgo de producirse una lesión vesical siendo este un factor protector en comparación con la realización de una colporrafia anterior con o sin punto de Kelly con un RR de 1.39 (0.13-14.83) con un valor p de 1, realizar una colporrafia anterior con o sin punto de Kelly en comparación tiene un riesgo de 1.39 veces de presentar una lesión vesical, y tiene es un factor protector para infecciones del tracto urinario.

Un 20% de las pacientes realizaron ejercicios de Kegel, porcentaje bajo, que se explica debido a la falta de apego de las pacientes al ejercicio y la falta de plan educacional, A las pacientes que presentaron incontinencia urinaria, el tipo de tratamiento ofrecido, fue la TOT con 7%

Con respecto a los resultados obtenidos se acepta la hipótesis alterna que indica que la colocación de TOT tiene menos riesgo de recidivas y complicaciones en comparación con la realización de colporrafia anterior con o sin punto de Kelly.

8.1 CONCLUSIONES

8.1.1La incidencia de la incontinencia urinaria después de haber recibido tratamiento quirúrgico con colporrafia anterior con o sin punto de Kelly y/o TOT fue de 13% (12 pacientes) en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el periodo comprendido de 2009 a 2010.

8.1.2La edad más frecuente de las pacientes que presento incontinencia recidivante fue de 46-55 años con un 39%, la paridad de estas pacientes con mayor frecuencia fue de 3-5 partos, con 62%, y el estado hormonal se encontró 66% en pacientes perimenopausicas y posmenopáusicas.

8.1.3La infección urinaria fue la complicación más frecuente después del procedimiento quirúrgico, presentado en el 37% de las pacientes.

8.1.4Las pacientes que recibieron tratamiento médico coadyuvante previo al tratamiento quirúrgico fue solo 4% de las pacientes.

8.2 RECOMENDACIONES

8.2.1 Se recomienda tener seguimiento más prologado de las pacientes ya que muchas de estas pacientes fueron referidas a sus unidades periféricas y se pierde información.

8.2.2 Es importante dar plan educacional a pacientes sobre los ejercicios de Kegel previo a recibir tratamiento quirúrgico, ya que según la literatura, estos pueden mejorar los resultados, y la mayoría de las pacientes no se les ofreció esta alternativa terapéutica.

8.2.3 Se debe tener conocimiento y experiencia en la realización de los procedimientos quirúrgicos, a manera de reducir las complicaciones que se puedan obtener, y de esta manera reducir la recidivancia del problema.

8.2.4 Tener un mejor manejo de los expedientes clínicos, ya que uno de los impedimentos fue no haber encontrado algunos expedientes.

8.2.5 La letra ilegible y falta de información completa en el historial clínico de la paciente, fue una de las limitantes en el estudio, por lo que se recomienda utilizar registros clínicos predeterminados para no obviarse información

8.2.6 Es importante la implementación de ayudas diagnosticas como las pruebas urodinámicas, para ofrecer un tratamiento quirúrgico certero.

8.2.7 Prolongar periodo de investigación para evaluar recidiva entre las diferentes técnicas.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Raymond , MD, La incontinencia urinaria, tratamientos quirúrgicos. Cleveland Clinic Lerner College de Medicina de la Case Western Reserve University. Mayo,2009. p 134-139
2. Borcardo, J. Manejo de la incontinencia en pacientes con cistocele moderado y severo Clínicas Urológicas de la Complutense, Madrid 2000: 8, 459-472.
3. SalgueiroM.. Incontinencia urinaria .RevPacMedFam 2005; 2(2): 114-118.
4. Lau J et al. Caracterizacion de la paciente con Incontinencia Urinaria que consulta al Hospital General San Juan de Dios. REVCOG 2008;13 (4):127-131
5. ZulaicaC.Incontinencia Urinaria. Guías clínicas 2010. Editorial Fistera. España 2010: 10 (9)
6. Reimudez G. Incontinencia, Enfermedad silenciosa. Revista española de economía de la salud. Junio 2002; 1 (2)
7. Such, T.Guía de la buena práctica clínica de incontinencia urinaria, Fisiología de la micción, editorial Internacional Marketing &comunication, S.A. pag 11- 15. España 2007
8. Robles J. Urinaryincontinence. Departamento de Urología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Revista universitaria de Navarra. febrero 2006: 3 (2)
9. Lau J et al. Caracterizacion de la paciente con Incontinencia Urinaria que consulta al Hospital General San Juan de Dios. REVCOG 2008;13 (4):127-131
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Urinary incontinence in women. Obstet Gynecol. 2005; 105(6): 1533-1545.
11. Greenstein M. Urinary incontinence. North Jersey Center for Urologic Care, North Jersey: 2007; 12 (3)
12. Fernández, I.et al. La ecografía en el diagnostico de la incontinencia urinaria Hospital Universitario de Getafe Clínicas urológicas de la complutense, 8, UCM, Madrid 2009
13. Incontinencia urinaria, trastornos del riñon y de las vias urinarias. Merck Sharp &Dohme de España, S.A. Madrid, España. 2010, 123-128
14. Smith J. La incontinencia urinaria puede contribuir a la depresión. TheJournal of Urology, marzo . 238(2) 12-13, 2006
15. Rogers RG. Clinical practice. Urinary stress incontinence in women. N Engl J Med. 2008;358:1029-1036.

16. Dalenz, S,Estudiourodinámico en la evaluación de la incontinencia urinaria femenina. Unidad de Uroginecología y Cirugía Vaginal. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Clínica Las Condes.Santiago de Chile. Chile Actas Urol Esp. 2008;32(3):325-331
17. Osakidetza, A. Actualización en el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos, volumen 14 - nº 2 / febrero 2007, revista en línea disponible en <http://www.osanet.euskadi.net>
18. Ralph L. Recuperar el suelo pélvico, ejercicios de kegel Artículo por HispanicareHealthDay. California: 2006. 3(5)
19. Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic Review: Randomized, Controlled Trials of Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Women. Ann InternMed. 2008 Feb 11
20. A. Schröder, Guía clínica sobre la incontinencia urriaria, EuropeanAssociation of Urology. España; 2010
21. Swierzewski S. Los tratamientos quirúrgicos Incontinencia - Incontinencia de esfuerzo - Canal de Urología. Monografía en línea, 5(paginas en pantalla), disponible en: http://www.urologychannel.com/incontinence/stress/treatment_surg.C
22. Rondini C et al. Incontinencia urinaria de esfuerzo, Comparación de tres alternativas quirúrgicas¹Unidad de Ginecología, Hospital Padre Hurtado REV CHIL OBSTET GINECOL 2004; 69(6): 414-418
23. H.A Hirsch, M.D, O.Kaser. M,D, F.A. Ikle, M.D Atlas de cirugía Ginecológica con cirugía de mama, cirugía urológica, y cirugía gastrointestinal, quinta edición, España Marban 2003 capitulo 22 pag 509
24. Jiménez Calvo J et al .Tot en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo: nuestra experiencia,comparandola con la tvt. Servicio de Urología, Hospital Virgen del Camino, Pamplona. Navarra. Actas Urol Esp. 2007;31(10):1134-1140
25. Briozzo L et al. TransvaginalObturatriz Tape (TOT) en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. RevMed Uruguay 2005; 21: 130-140

X ANEXOS

10.1 ANEXO No 1 BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Datos personales:

Afiliación: _____

Edad: _____años

Paridad: G___P___A___C___

Estado Hormonal

Pre menopausia____Pos menopausia____Peri menopausia____

Recibió TRH SI___ NO___

Diagnóstico

1	Incontinencia urinaria de urgencia	
2	Incontinencia urinaria de esfuerzo	
3	Incontinencia mixta	
4	No clasificada	

Como se realizó el diagnostico

1	clínica	
2	urodinamia	
3	otros	

Tratamiento

Tipo de cirugía realizada

TOT _____Colporrafia anterior_____

Recibió tratamiento coadyuvante previo a la cirugía

SI_____ NO_____

Cual:_____

Realizo ejercicios de kegel previo a la cirugía

SI_____ NO_____

Presento Incontinencia Recidivante

SI_____ NO_____

Tipo de incontinencia presentada, posterior a la cirugía

1	Incontinencia urinaria de urgencia	
2	Incontinencia urinaria de esfuerzo	
3	Incontinencia mixta	
4	No clasificada	

Tiempo transcurrido de la cirugía y el aparecimiento de incontinencia

0-12 meses	
13-24 meses	
25-36 meses	
Mayor de 36 meses	

Cual fue la complicación después del procedimiento quirúrgico.

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIA DEL TRABAJO

Los autores conceden permiso para reproducir total o parcialmente o por cualquier medio la tesis titulada “Experiencia en el tratamiento quirúrgico para incontinencia urinaria, TOT vrs Colporrafia anterior con o sin punto de Kelly” realizado en pacientes atendidas en el hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de seguridad social, durante el periodo comprendido del año 2009 al 2010, para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos del autor, que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.